

提出
区分

1 申請者から直接
2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

組合員	被保険者証 記号・番号		氏名	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()	
申請年月日	令和 年 月 日	事業所名		
申請者区分	1 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員以外の方で葬祭を行った方 次の「申請者」欄を記入してください。			

申請者 組合員が申請者の場合は、記入不要です。	氏名		組合員との続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()	

○ 申請内容に関する項目

死亡者氏名		生年月日	5 昭 9 令 7 平 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日	葬祭を行った年月日	令和 年 月 日
死亡の原因			

○ 受領方法、振込先等

受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。
該当する番号を○で囲んでください。なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入してください。	1 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します。) 2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。
	令和 年 月 日 組合員 氏名 (申請者) 住所

代理人	氏名		住所	〒 -
	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。		電話番号	() - 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()
	申請者との関係			

振込先	金融機関名称		支店名称		コード
	預金種目		口座番号		口座名義 (フリガナ)
	1 普通 (総合を含む。) ・ 2 当座				()

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・「資格取得前又は資格喪失後の保険の関係」欄(別紙)を必ず「寛のうえ、該当する場合は記入してください。」
 ・「医師の証明書」欄(別紙)に証明を受けて提出してください。
 ・死亡原因が第三者行為による場合は、「第三者行為による被害届」を必ず添付してください。(「第三者行為による被害届」は組合ホームページからダウンロードしていただくか、給付事務センターにお問い合わせください。)

「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょう銀行の場合は振込用の口座番号等記載面)を添付してください。(その場合、「振込先」欄は記入不要です。)

○ 資格取得前又は資格喪失後の保険の関係

資格取得前・喪失後の別	取得前・喪失後	資格取得・喪失年月日	令和 年 月 日
保険者名 保険者の区分について、該当する番号を○で囲んでいただき、保険者名を記入してください。	1 健康保険 (協会けんぽ ・ _____ 健康保険組合) 2 船員保険 3 共済組合 (_____ 共済組合) 4 国民健康保険 (_____ 国民健康保険 _____ 国民健康保険組合)		
		区 (東京都特別区) 市 国民健康保険 町 村	
被保険者証記号・番号		この保険で支給を受けることができる金額	円

(注) この欄は、次に該当する場合のみ記入してください。(資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写を添付される場合、「保険者名」、「被保険者証記号・番号」及び「この保険で支給を受けることができる金額」の各欄は記入不要です。)

- ・ 組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後 3 か月以内に死亡された場合
- ・ 組合員であった者が被保険者資格喪失後 3 か月以内に死亡された場合
- ・ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後 1 か月以内に死亡された場合

医師の証明書

死亡者氏名		生年月日	5 昭 9 令 7 平 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 医師 医療機関名 氏 名 電話番号 () -			

(注) 死亡が確認できる書類 (市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証 (写)、死亡診断書等) を添付して提出する場合、この「医師の証明書」欄は記入不要です。